Dit gezondheidsformulier wordt gebruikt door Scouting Heinkenszand. De ingeleverde formulieren worden zorgvuldig bewaard en niet digitaal geregistreerd. De formulieren zijn alleen inzichtelijk voor het leidingteam van de desbetreffende speltak van het lid en worden na beeindiging van het lidmaatschap uiterlijk binnen vier weken vernietigd.

|  |
| --- |
| Persoonlijke gegevens / Personal information |
| Achternaam*Surname* | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Voornamen*Christian names* | Klik of tik om tekst in te voeren. | Roepnaam*First name* | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Adres*Address* | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Postcode *Postal code*  | Klik of tik om tekst in te voeren. | Woonplaats*Place of residence* | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Telefoonnummer*Telephone number* | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Geboortedatum*Date of Birth* | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Geslacht*Gender* | Kies een item. |

|  |  |
| --- | --- |
| Kan en mag uw zoon/dochter zwemmen?*Is your son/daughter capable and/or allowed to swim?* | [ ] Ja / yes [x]  Nee / no |
| Diploma’s/*Certificates* | Klik of tik om tekst in te voeren. |

|  |
| --- |
| Verzekering / Insurance |
| Zorgverzekering*Health Insurance* | MaatschappijCompany | Klik of tik om tekst in te voeren. | PolisnummerPolicy number | Klik of tik om tekst in te voeren. |

|  |
| --- |
| Contactpersoon in geval van nood / Person to be contacted in case of emergency |
| Naam*Name* | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Relatie met het lid*Relationship with the member* | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Telefoonnummer*Telephone number* | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Mobiel nummer*Cellphone number* | Klik of tik om tekst in te voeren. |

|  |
| --- |
| Medische gegevens / Medical informationMaak indien nodig gebruik van een bijlage, voorzien van de naam van de deelnemer, voor het vermelden van de gevraagde gegevens.  |
| Vraagt de gezondheid of het gedrag van uw zoon/dochter speciale zorg?*Does your son’s/daughter’s health or behavior require special care?* | [ ] Ja / yes [ ]  Nee / no |
| Zo ja, welke? *If yes, which?* | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Gebruikt uw zoon/dochter medicijnen?*Does your son/daughter have to take prescribed medicine?* | [ ] Ja / yes [ ]  Nee / no |
| *Zo ja welke en wanneer?* *If yes, specify time and name of medicine.* | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Is uw zoon/dochter allergisch?*Is your son/daughter allergic?* | [ ] Ja / yes [ ]  Nee / no |
| Zo ja, waarvoor?*If yes, for what?* | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Volgt uw zoon/dochter een dieet?*Does your son/daughter follow a diet?* | [ ] Ja / yes [ ]  Nee / no |
| Zo ja, wat?*If yes, what?* | Klik of tik om tekst in te voeren. |

|  |
| --- |
| Gegevens arts / address physician |
| Naam en adres huisarts*Name and address family doctor* | Naam / *Name* | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Adres / *Address* | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Telefoon / *Telephone* | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Naam en adres tandarts*Name and address dentist* | Naam / *Name* | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Adres / *Address* | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Telefoon / *Telephone* | Klik of tik om tekst in te voeren. |

|  |
| --- |
| Ondertekening |
| In geval van nood, ter beoordeling van een arts, geef ik hierbij toestemming mijn zoon/dochter te laten opnemen en behandelen in een ziekenhuis, zonder mijn voorkennis, wanneer het niet mogelijk was tijdig contact met mij op te nemen.Tevens geef ik hierbij toestemming voor het verwerken van de gegevens als gedeeld in dit formulier.*In case I could not be contacted in time, I herewith consent to admittance of my son/daughter to hospital and to treatment in case of an emergency as indicated by a qualified physician.**I also consent to the processing of the data as shared in this form.* | Datum*Date* | Handtekening ouder/verzorger*Signature parent/guardian* |
| Klik of tik om tekst in te voeren. |  |